

6. Наставницький стиль, коли лідер керується принципом "ти можеш це зробити". Лідер такого типу допомагає членам "команди" і заохочує їх працювати краще, даючи їм можливість особистого розвитку.

Успішно лідерство керівника можливе при використанні різних стилів керівництва.

Можна зробити висновок про те, що підготовка менеджерів охорони здоров'я є дуже актуальною в сучасних економічних умовах, однак повноцінно реалізувати її в медичному вузі досить складно через невизначену політику вище стоячих органів, що визначають умови.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ХРОНОМЕТРИЧНОГО АНАЛІЗУ РОБОЧОГО ЧАСУ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

*Хорош М. В., Беляєв І. С.*

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Професійна діяльність лікаря загальної практики – сімейної медицини за своєю структурою є полікомпонентним утвором, який інтегрує діагностичну, профілактичну, санітарно-просвітницьку, медико-соціальну, реабілітаційну, організаційну діяльність.

Чинним наказом МОЗ України №72 від 23.02.2001 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» передбачено, що протягом однієї години лікар загальної практики – сімейної медицини повинен прийняти 5 осіб. Нескладні розрахунки свідчать, що на одного пацієнта відводиться 12 хвилин, упродовж яких лікар повинен зібрати анамнез, провести детальний фізикальний огляд пацієнта, зібрати скарги, встановити діагноз, призначити лікування, провести санітарно-просвітницьку бесіду з питань формування здорового способу життя та надати індивідуальні рекомендації пацієнту щодо основ раціонального харчування, дотримання дієти, необхідної при конкретному захворюванні, відмови від тютюнопаління, наслідків зловживання алкоголем, підвищення рівня рухової активності, продиктовані станом здоров'я та образом життя пацієнта, заповнити документацію. Інакше кажучи, наказ МОЗ України №72 від 23.02.2001 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» у статті часових норм, відведених на пацієнта, практично дублює (розбивка наша – М. Х., І. Б.) наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР № 1000 від 23.09.1981, виданий майже сорок років тому.

Варто наголосити, що в більшості країн вже давно переглянуті ці норми у бік збільшення, так, наприклад, в сусідній Білорусії на первинний прийом одного пацієнта лікарю відводиться 15 хвилин, а в Росії цей показник взагалі становить 18 хвилин.

Зазначене вище актуалізує питання перегляду часових норм, відведених лікарю загальної практики – сімейної медицини на амбулаторному прийомі на одного пацієнта. Для виявлення реального часу, який витрачає лікар загальної практики – сімейної медицини на одного пацієнта, авторами роботи було розроблено хронокарти в кількості 80 і здійснено хронометричне спостереження за первинним прийомом, а також проведено анкетування лікарів (оброблено 38 анкет). Здобуті дані викладено в таблицях, оброблених за допомогою програмного пакету R-Studio, який нині є стандартом для аналізу й обробки статистичних даних.

Як і було прогнозовано, здійснене дослідження підтвердило, що на первинному прийомі в середньому лікар реально витрачає на одного пацієнта 16 хв., тобто на 4 хв. більше, ніж передбачено вже раніше згаданим наказом МОЗ України № 72 від 23.02.2001. При цьому в середньому на збирання анамнезу витрачається  $2,56 \pm 0,11$  хв., на збирання скарг –  $2,98 \pm 0,296$  хв., на постановку діагнозу –  $4,26 \pm 0,627$  хв., на лікування –  $3,94 \pm 0,245$  хв. Заслуговує на увагу, що на заповнення документації реально витрачається  $2,4 \pm 0,13$  хв. проти  $1,4 \pm 0,09$  хв. (за відповідями лікарів) ( $p=0,04$ ), тоді як на постановку діагнозу та призначення лікування лікарі витрачають менше часу –  $1,33 \pm 0,12$  хв. проти  $4,26 \pm 0,627$  хв. ( $p<0,001$ ) і  $2,1 \pm 0,14$  хв. проти  $3,94 \pm 0,245$  хв. ( $p<0,001$ ). Заслуговує на увагу, що в таких видах, як опитування, збір анамнезу, огляд, проведення санітарно-просвітницької роботи з пацієнтом, вірогідної різниці не виявлено.

Висунуте авторами припущення щодо необхідності перегляду норм часу, відведеного лікарю загальної практики – сімейної медицини на одного пацієнта, яке отримало експериментальне підтвердження, набуває особливого значення з огляду на необхідність посилення профілактичної складової в діяльності лікаря. Передусім це обумовлено потребою в зниженні рівня неінфекційних захворювань в Україні, серцево-судинних зокрема, від яких помирає 68% пацієнтів, запобіганні смертності та збільшенні середньої тривалості життя українців, адже, згідно з деякими даними, у світовому рейтингу тривалості життя Україна із показником 70,7 р. залишилася далеко позаду більшості розвинених країн світу та посідає 104 місце – між Суринамом (71,6 року) і Тринідадом і Тобаго (71,2).)

Отже, здійснене дослідження засвідчило, що виконання усіх видів робіт, які повинен виконувати лікар загальної практики – сімейної медицини на

первинному прийомі, потребує перегляду чинних типових галузевих норм часу, відведених на одного пацієнта, і гармонізації цих норм із середньоєвропейськими.

## **ПРОГРАМА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: СОЦІАЛЬНІ, КЛІНІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА НАУКОВІ АСПЕКТИ.**

*Шиндер В.В.*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

З сучасних літературних джерел відомо, що на сьогодні, тобто в період науково-технологічного прогресу та глобального інформаційного впливу, у вимогливий час швидкого ритму життя, психіка сучасної людини зазнає негативної дії від багатьох несприятливих чинників у повсякденному житті. Як наслідок, з плином часу зростає ймовірність дезінтеграції природної єдності біологічного та соціального компонентів психіки, що патологічно проявляється в основних її формах – психічних процесах, психічному стані та психічних властивостях. В такому випадку, на жаль, психіка людини стає нездатною виконувати свої функції та приречена на хворобливе (хибне) відображення оточуючої дійсності, що, врешті-решт, призводить до поведінкових розладів та дезадаптації.

Психічне здоров'я являється невід'ємною частиною загального поняття «здоров'я». Взаємозв'язок психічного та фізичного здоров'я відображений у визначенні ВООЗ: «Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів». Тим часом психічне здоров'я в узагальненому розумінні В.А. Павловського, Л.Ф. Гненни, Н.В. Бродецької (2010) визначається як стан благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, в змозі самотійно протистояти життєвим стресам, продуктивно працювати та вносити внесок у суспільство.

Відповідно до наукових даних М. Knapp, A.Patel, C. Curran (2013), які вивчали епідеміологічну оцінку стану психічного здоров'я населення Європи, з'ясовано, що протягом останніх років поширеність психічних розладів у країнах Європейського Союзу зросла майже на 11,6%. Відповідно до їх результатів найпоширенішими у Європі захворюваннями вважаються тривожні розлади (14 %), інсомнії (7 %), депресія (6,9 %), соматоформні розлади (6,3 %), алкогольна та хімічна залежності (4 %), синдром дефіциту уваги та гіперактивності (5 % у дітей), деменція (від 1 до 30 % в залежності від віку).

Епідеміологічна ситуація у сфері психічного здоров'я в Україні також віддзеркалює існування певних проблем. Так, за літературними даними